

La cœlioscopie dans la prise en charge des cancers de l'utérus

Il y a 2 places pour la cœlioscopie dans la prise en charge des malades atteintes de cancer de l'utérus.

Pour les malades qui peuvent être traitées par la chirurgie, le cœlioscope permet de sélectionner celles qui peuvent être opérées sans recourir à la laparotomie (absence d'envahissement métastatique des ganglions lymphatiques prélevés sous cœlioscopie) et de rendre plus facile l'opération « minimalement invasive » (hystérectomie et hystérectomie radicale cœlio-assistée).

Pour les malades qui peuvent être traitées par la radiothérapie (avec chimiothérapie concomitante), le cœlioscope permet de sélectionner celles pour qui l'extension du champ de radiothérapie n'est pas nécessaire (pas d'envahissement des ganglions lymphatiques aortiques prélevés sous cœlioscopie) et de réaliser la transposition ovarienne qui protège les fonctions gonadiques des patientes jeunes.

— Daniel DARGENT —

Service de gynécologie-obstétrique
Hôpital Édouard-Herriot
69437 Lyon Cedex 03

La cœlioscopie est devenue à la fin des années 1980 un instrument majeur de la chirurgie abdominale. La chirurgie des cancers utérins fait partie des conquêtes de la nouvelle méthode.¹ Avant d'en évaluer la place, il convient de rappeler le rôle de la chirurgie dans le traitement des tumeurs solides malignes et d'évoquer avantages et dangers potentiels de la chirurgie cancérologique vidéo-endoscopique.

Préambule

Rôle de la chirurgie dans le traitement des tumeurs solides malignes

La chirurgie joue dans le traitement des tumeurs malignes 3 rôles qui souvent se superposent mais qui sont, par essence, différents : chirurgie d'évaluation, chirurgie à visée curative et chirurgie adjuvante.

La *chirurgie d'évaluation* est celle qu'on pratique pour définir avec précision l'extension locale, locorégionale et à distance. Dans les tumeurs épithéliales, la connaissance de l'état des ganglions lymphatiques régionaux joue un rôle capital. La précision de l'imagerie n'est pas suffisante. Il faut enlever les ganglions et les soumettre à

l'examen microscopique. L'idéal serait de le faire avant de prendre la décision thérapeutique. Dans la plupart des cas on y renonce et c'est seulement après avoir pratiqué l'opération à visée curative, c'est-à-dire après avoir accompli une partie du programme thérapeutique, qu'on en prend connaissance. La *chirurgie à visée curative ou chirurgie radicale* est depuis un siècle faite en suivant les principes édictés par Halsted à propos des cancers du sein. On peut aujourd'hui être plus conservateur. S'agissant des cancers de l'utérus, l'ablation des paramètres est considérée comme inutile pour les cancers de l'endomètre et peut être limitée à la portion juxta-utérine pour les cancers du col. Quand le cancer est développé sur l'exocol, on peut même conserver le corps utérin et les annexes (voir plus loin).

La *chirurgie adjuvante* peut avoir un objectif curatif (cytoréduction avant, pendant ou après chimiothérapie pour cancer de l'ovaire) ou un objectif purement fonctionnel (transposition des ovaires avant radiothérapie pour cancer du col).

Avantages et dangers potentiels de la chirurgie cancérologique vidéo-endoscopique

La chirurgie mini-invasive (*minimal access surgery*) a pour 1^{er} avantage de réduire le traumatisme opératoire. La durée de l'intervention est en moyenne plus longue mais les suites sont significativement allégées et la rançon cicatricielle est quasi nulle. Cet avantage est assez anecdotique s'agissant de la prise en charge d'un patient

atteint d'une affection potentiellement mortelle. Il pèse peu face aux autres caractéristiques de la « nouvelle chirurgie ».

Avantages

L'avantage de la chirurgie « vidéo-endoscopique » est de permettre une évaluation dont la précision dépasse celle des méthodes d'imagerie tout en ayant un coût humain et financier qui n'est guère supérieur. Cette évaluation est aussi, par rapport à l'évaluation à ventre ouvert, plus complète et plus précise. On inspecte la cavité péritonéale plus complètement en faisant une cœlioscopie transombilicale plutôt qu'une laparotomie même si cette laparotomie est médiane et même si elle s'étend du pubis à l'appendice xiphoïde. Le grossissement optique permet de mettre en évidence des détails qui échappent à l'inspection à l'œil nu. Enfin et surtout, elle rend possibles des prélèvements orientés de façon optimale sur lesquels peuvent être faits les examens histologiques, histochimiques... jugés nécessaires pour prendre la décision thérapeutique.

Inconvénients

L'inconvénient de la chirurgie « vidéo-endoscopique » est de favoriser l'essaimage des cellules cancéreuses. On peut assister dans les suites au développement de métastases dans le trajet des trocars utilisés pour introduire l'optique et les instruments.² Le fait d'opérer sous insufflation de gaz carbonique favorise vraisemblablement le phénomène mais ces métastases sont presque exclusivement observées quand on opère sur un adénocarcinome (très peu d'observations concernant la chirurgie des cancers épidermoïdes) et quand les lésions sont développées sur la séreuse péritonéale ou à sa proximité immédiate.

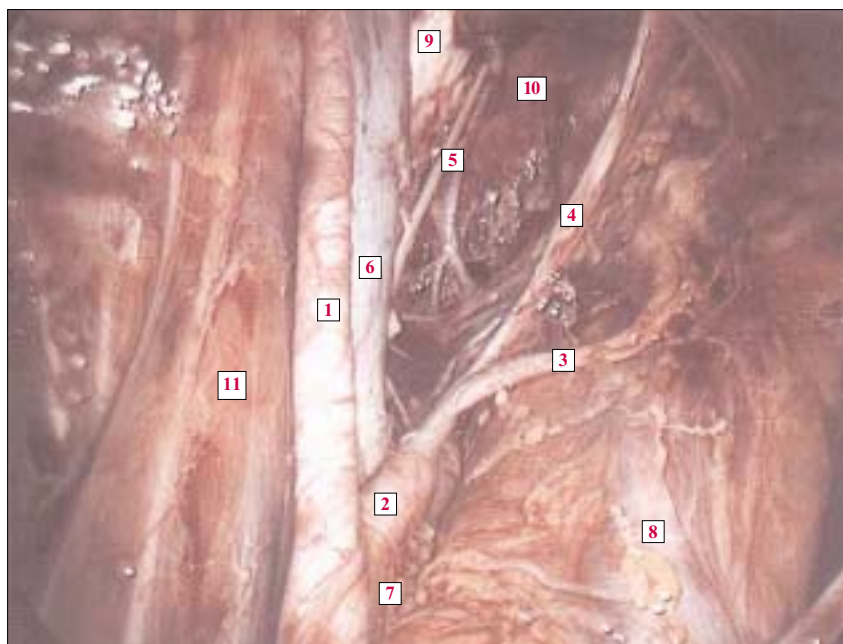
Opérations

Cœlioscopie de stadification

Le cœlioscope est un instrument de choix pour explorer en totalité la séreuse péritonéale. On l'introduit, comme usuellement, par l'ombilic. La cavité péritonéale est insufflée au gaz carbonique (on peut aussi utiliser les techniques dites

gazless mais elles sont moins communes). L'exploration inclut l'inspection des organes génitaux internes, des culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin, des gouttières pariéto-coliques et des coupoles diaphragmatiques, du tablier épiploïque et des anses intestinales. Pour accomplir une telle exploration, il faut introduire dans l'abdomen au moins 2 instruments auxiliaires avec lesquels on

ment supérieur de l'espace de Retzius par une mini-incision au travers de laquelle est faite l'insufflation de CO₂ puis l'exploration endoscopique). On peut aussi opérer sous cœlioscopie traditionnelle. On incise le péritoine pelvien à l'aplomb du relief des vaisseaux iliaques externes, on dilacère le tissu cellulaire rétropéritonéal et l'on accède aux vaisseaux le long desquels se trou-



1 Vue de la paroi pelvienne gauche après lymphadénectomie cœlioscopique.
1. artère iliaque externe, 2. artère iliaque interne, 3. artère utérine, 4. artère vésicale supérieure (ou ombilicale), 5. vaisseaux et nerf obturateurs, 6. veine iliaque externe, 7. veine iliaque interne, 8. urètre, 9. ligament de Cooper (ou iléo-pectiné), 10. fosse paravésicale, 11. muscle psoas.

manipule les viscères puis, in fine, pratiquer les prélèvements tissulaires au niveau de toute anomalie mise en évidence par l'exploration endoscopique. Ces prélèvements viennent en complément du prélèvement de liquide péritonéal que l'on doit faire en tout début d'intervention après avoir éventuellement injecté du sérum physiologique.

Lymphadénectomies pelvienne et lombo-aortique

La dissection des ganglions ilio-pelviens (ganglions iliaques externes, iliaques internes et iliaques communs de la classification de Rouvière) peut se faire sous cœlioscopie. On peut utiliser une technique de cœlioscopie extrapéritonéale (abord du prolonge-

vent les ganglions lymphatiques que l'on sépare des vaisseaux et que l'on extrait en veillant à ne pas contaminer la paroi. Si les ganglions sont volumineux et paraissent envahis, il est préférable de renoncer à la technique cœlioscopique.

La dissection des ganglions lymphatiques situés sur les flancs de l'aorte abdominale peut se faire sous cœlioscopie. On peut utiliser la technique traditionnelle : abord transombilical et incision du péritoine pariétal postérieur le long de l'axe des gros vaisseaux. On a intérêt à utiliser plutôt la technique extrapéritonéale³ : abord par le « point de Mc Burney gauche » au travers duquel on décolle le péritoine au doigt avant d'insuffler l'espace rétropérito-

néal et d'introduire optique et instruments auxiliaires. La seconde technique donne sur la face postérieure de l'aorte un meilleur jour ce qui permet de disséquer l'espace rétrovasculaire et surtout de contrôler les artères et veines lombaires avec une sécurité que l'on ne saurait obtenir dans l'abord antérieur. La technique extrapéritonéale comme la technique intrapéritonéale offrent,

être menée à bien sans qu'il soit nécessaire de recourir à la laparotomie. On peut, sous coelioscopie, préparer l'hystérectomie simple comme l'hystérectomie élargie. L'hystérectomie simple, qui convient pour le traitement des cancers de l'endomètre, inclut obligatoirement l'ablation des 2 annexes (trompes et ovaires). L'hystérectomie élargie qui s'impose pour le traitement des cancers

viens. L'abord par la voie vaginale est supérieur pour ce qui concerne la section sur mesure du vagin et la libération de la base et des piliers de la vessie. Quant aux autres temps de l'opération, section des artères utérines et section des ligaments paracervicaux (paramètres), on peut les faire par en bas (on parle d'hystérectomie vaginale assistée par coelioscopie) ou par en haut (on parle d'hystérectomie laparoscopique). L'un et l'autre type d'opérations se valent et apportent à la patiente les mêmes bénéfices : pertes sanguines diminuées, peu de complications, séjour hospitalier et convalescence raccourcie, pas de rançon cicatricielle.

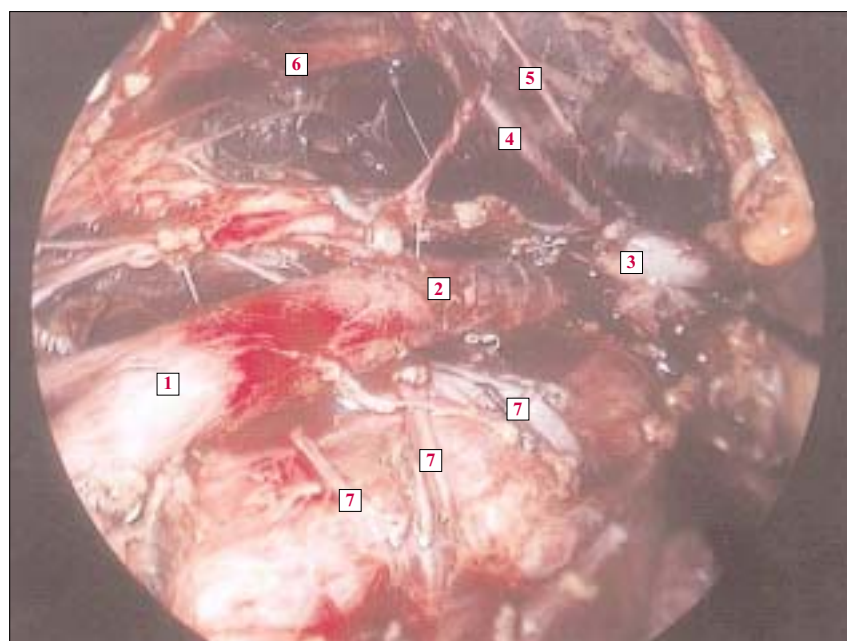
Transposition ovarienne

La coelioscopie convient parfaitement pour couper les ligaments utéro-ovariens (en coupant en même temps les trompes si on le pense nécessaire) et pour transposer les ovaires (ou les annexes) au niveau des fosses iliaques (ou des gouttières pariéto-coliques) afin de les mettre à l'abri de l'effet de la curiethérapie endocavitaire (et de la radiothérapie pelvienne transcutanée).

Indications

Cancers du col utérin au début

La chirurgie permet, dans les cancers du col de moins de 6 cm, d'obtenir autant de guérisons que la radiothérapie. Un effet prospectif et randomisé récent l'a prouvé.⁵ Elle devrait donc être préférée, surtout chez les femmes jeunes où elle permet de conserver les ovaires. Ce principe est accepté assez universellement pour les cancers de moins de 2 cm. Au delà de ce seuil, les avis divergent. Quelle que soit la limite que l'on se fixe (moins de 2 cm, moins de 4 cm ou moins de 6 cm), le cancer du col au début gagne à être traité avec le concours de la coelioscopie. Si, au cours de la coelioscopie, une atteinte péritonéale et (ou) des métastases ganglionnaires volumineuses sont mises en évidence, il faut d'emblée renoncer au projet de chirurgie minimalement invasive. Dans le cas contraire, c'est en fonction des résultats de l'examen microscopique des ganglions ilio-pelviens prélevés sous coelioscopie que l'on décide (fig. 3) :



2 Vue de la région prérachidienne après lymphadénectomie coelioscopique.
1. bifurcation aortique, 2. origine de l'artère mésentérique inférieure, 3. veine rénale gauche, 4. veine ovarienne gauche, 5. artère ovarienne gauche, 6. uretère gauche, 7. veines lombaires.

qu'il s'agisse de la lymphadénectomie pelvienne ou de la lymphadénectomie lombo-aortique, les mêmes garanties que la technique ouverte : le nombre des ganglions extraits est identique et la dissection anatomique est d'égale qualité (fig. 1 et 2). L'opération dure plus longtemps mais la perte sanguine est moindre, les complications sont rares et la patiente, si la lymphadénectomie est faite à titre de stadification préthérapeutique, peut quitter le service de chirurgie le lendemain ou le surlendemain de l'intervention.

Hystérectomie assistée par coelioscopie

La coelioscopie permet de préparer l'hystérectomie qui, grâce à elle, peut

du col inclut obligatoirement l'ablation du dôme vaginal et des paramètres. On peut, en revanche, conserver les annexes. On peut même conserver le corps utérin. Une telle opération permet de préserver la fertilité. On l'appelle « trachélectomie élargie » (du grec *trachelos* qui signifie col). Le dôme vaginal et les paramètres sont enlevés mais le corps utérin est laissé en place. Pour l'une comme pour l'autre des opérations, l'assistance coelioscopique est avantageuse. La coelioscopie est indispensable pour faire la lymphadénectomie qui fait partie intégrante de l'hystérectomie pour cancer et elle est particulièrement bien adaptée pour couper les ligaments ronds et les ligaments infundibulo-pel-

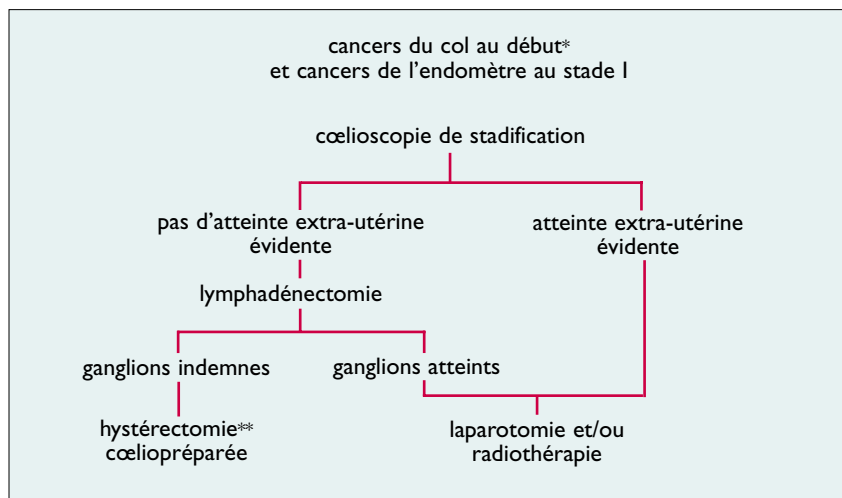
chirurgie minimalement invasive si cet examen est négatif et traitement conventionnel si des métastases occultes sont mises en évidence. Dans le cas particulier des cancers développés sur l'exocol et n'atteignant pas le niveau de l'isthme utérin, on peut, si les ganglions sont indemnes, recourir à la trachélectomie élargie qui préserve les chances de maternité.

Cancer du col utérin en phase avancée

Pour les cancers que l'on décide d'emblée d'exclure du champ de la chirurgie mini-invasive (diamètre supérieur au diamètre seuil) comme pour ceux dont on découvre en cours de route qu'ils ne peuvent pas bénéficier de cette chirurgie (mise en évidence d'une extension extra-utérine), la coelioscopie a un rôle à jouer dans l'élaboration du programme de radiothérapie (avec chimiothérapie concomitante). On sait que dans ces formes les ganglions lombo-aortiques sont envahis une fois sur 3. En présence d'un tel envahissement, une radiothérapie purement pelvienne ne peut en aucun cas suffire pour maîtriser la maladie. L'administration systématique d'une radiothérapie lombo-aortique serait d'un autre côté excessive car les risques en sont importants alors que 2 malades sur 3 peuvent en être écartés. Pour résoudre le dilemme, certains spécialistes ont recours à la laparotomie d'évaluation qui n'est elle-même pas dénuée de danger. La coelioscopie est une meilleure réponse (fig. 4). Elle permet à la fois d'évaluer l'état des ganglions lombo-aortiques (dissection extrapéritonéale latérale) et d'évaluer l'état de la cavité péritonéale (coelioscopie trans-ombilicale en prélude à la dissection). La lymphadénectomie pelvienne n'est pas indispensable car les ganglions lymphatiques pelviens, quel que soit leur statut, sont obligatoirement inclus dans le champ d'irradiation. La transposition ovarienne est recommandée si l'âge de la patiente la rend souhaitable.

Cancer de l'endomètre

Le cancer de l'endomètre est par essence une maladie chirurgicale. La chirurgie s'impose pour évaluer l'extension et l'hystérectomie, toutes les

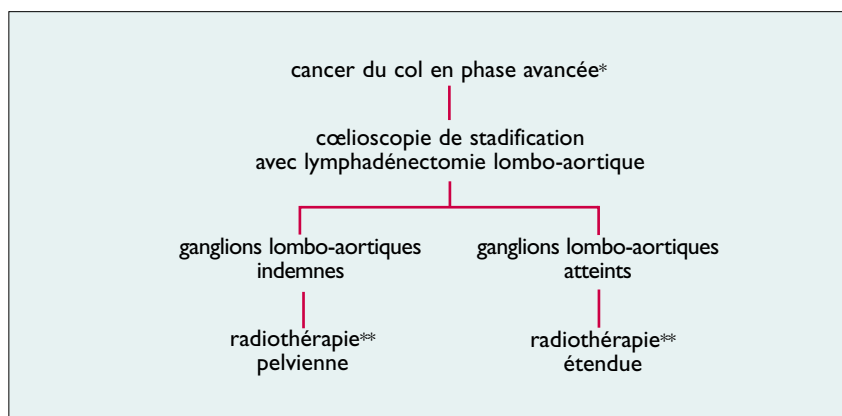


3

Coelioscopie de stadification.

* diamètre tumoral maximum inférieur à 2, 4 ou 6 cm selon les écoles.

** hystérectomie élargie si cancer du col, trachélectomie élargie si cancer de l'exocol chez une femme jeune, hystérectomie totale si cancer de l'endomètre.



4

Coelioscopie de stadification avec lymphadénectomie lombo-aortique.

* diamètre tumoral maximum supérieur à 2, 4 ou 6 cm selon les écoles ou ganglions lymphatiques pelviens atteints quel que soit le diamètre tumoral.

** radiothérapie combinée à la chimiothérapie et précédée d'une exérèse à ventre ouvert si les ganglions sont macroscopiquement envahis.

fois qu'elle est possible, est l'élément principal du programme thérapeutique. La coelioscopie trouve dans ce contexte une double application. L'évaluation endoscopique permet de détecter les atteintes péritonéales et (ou) annexielles occultes (stade III : 10 à 15 % des stades I cliniques). Elle permet également de détecter les métastases ganglionnaires dont la présence, comme celle d'une atteinte péritonéale et (ou) annexielle, contre-indique le recours

à la chirurgie mini-invasive et oblige à recourir aux traitements multimodaux. Elle permet, enfin, dans les formes qui le justifient, de préparer l'hystérectomie vaginale. Ce schéma n'est pas applicable à toutes les patientes. Il ne concerne que les stades I et à la condition que le volume utérin ne soit pas excessif et que l'infiltration tumorale n'atteigne pas les couches les plus superficielles du myomètre (échographie, imagerie par réso-

nance magnétique), situations dans lesquelles les manipulations chirurgicales font courir un risque de dissémination. À l'inverse, dans les formes peu infiltrantes, la cœlioscopie d'évaluation n'est pas indispensable car le risque d'extension extra-utérine est très faible surtout si le cancer est bien différencié (grade 1) ce qui est généralement le cas : l'hystérectomie peut être faite d'emblée par la voie vaginale si les conditions anatomo-cliniques la rendent possible.

Conclusion

Les cancers utérins entrent tout à fait dans le cadre des potentialités de la chirurgie cœlioscopique. Il n'est pas dangereux de la mettre en œuvre si l'on refuse d'exécuter certains gestes comme extirper sous endoscopie un ganglion manifestement envahi ou manipuler un utérus infiltré profondément par un adénocarcinome endométrial. Elle permet d'évaluer l'extension de la maladie avec une précision très supérieure à celle des méthodes d'imagerie tout en n'imposant pas les contraintes et les risques qui, jusque-là, rendaient difficilement acceptables les interventions chirurgicales à visée purement exploratrice. Elle permet d'exécuter les opérations radicales dans les règles de l'art tout en évitant les inconvénients de la laparotomie. Elle rend très facile l'opération adjuvante fort utile qu'est la transposition ovarienne.

Au total la cœlioscopie est utilisable dans beaucoup de rôles qui sont assignés à la chirurgie dans la prise en charge des cancers utérins. Sa place est appelée à se développer si se confirme l'exactitude du concept de ganglions « sentinelles ». ⁴ Le ganglion sentinelle est celui dans lequel la circulation lymphatique de l'organe malade est relayée en 1^{er} lieu. On peut le repérer en injectant un colorant vital ou un colloïde radioactif dans l'organe intéressé. Le ganglion repéré visuellement ou détecté par une sonde réceptrice est prélevé. Si son examen microscopique est négatif, les autres ganglions régionaux sont, en général, indemnes. Le concept est bien établi pour les cancers du pénis et de la vulve, pour les mélanomes malins de toutes localisations et pour les cancers du sein. Pour les cancers utérins,

il semble qu'il en soit de même. Le cœlioscope permet 9 fois sur 10 de trouver en moins d'une demi-heure les 2 ganglions qui se colorent en bleu après injection d'un colorant vital dans le col utérin. Si ces ganglions sont bien, comme il y a tout lieu de le penser, les ganglions « sentinelles » l'exploration cœlioscopique pourrait devenir un élément incontournable de la prise en charge des cancers utérins. ■

SUMMARY

Laparoscopy in the management of uterine cancers

Daniel Dargent

There are two places for laparoscopic surgery in the management of uterine cancer. For the patients who have to be submitted to primary surgery the laparoscope enables us to select the ones who can be operated without laparotomy (no lymph nodes involvement after laparoscopic lymphadenectomy) and to make easier the "minimal access surgery" (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and radical hysterectomy). For the patients who have to be submitted to radiotherapy (and concomitant chemotherapy), the laparoscope enables us to select the ones for whom an extended field radiotherapy is useless (no aortic lymph nodes involved after laparoscopic lymphadenectomy) and to perform an ovarian transposition which protects the ovarian function of young patients.

Rev Prat 2001 ; 51 : 1449-53

RÉFÉRENCES

1. Querleu D, Childers J, Dargent D. Laparoscopic surgery in gynaecological oncology. Oxford : Blackwell Science, 1999 : 196 pp.
2. Blanc B, Boubli L, D'Ercole C et al. Laparoscopic management of malignant ovarian cysts: a 78 cases national survey. Part I – Preoperative and laparoscopic evaluation. J Obstet Gynecol Reprod Biol 1994 ; 56 : 117. Part II – Follow up and final treatment. J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995 ; 61 : 147.
3. Querleu D, Dargent D, Ansquer Y, Leblanc E, Narducci F. Extraperitoneal endosurgical aortic and common iliac dissection in the staging of bulky or advanced cervical carcinoma. Cancer 2000 ; 88 : 1883-91.
4. Dargent D, Martin X, Sacchetoni A, Mathevet P. Laparoscopic vaginal radical trachelectomy – A treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. Cancer 2000 ; 88 : 1877-82.
5. Landoni F, Manco A, Colombo A et al. Randomized study of radical surgery versus radiotherapy for Stage IB-IIA cervical cancer. Lancet 1997 ; 350 : 535-40.